

МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

ТАКТИКА И АЛГОРИТМЫ РАБОТЫ МЕДИКА НА ПОЛЕ БОЯ, ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ, ЭТАПЫ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНОГО С ПОЛЯ БОЯ

Знание основных тактических принципов и алгоритмов работы на поле боя является для тактического медика не менее, если не более, важным чем владение чисто медицинскими приёмами. Именно на этапах эвакуации при условии плохой ее организации погибало наибольшее количество как медработников, так и раненых.

Тактика и алгоритмы работы медика на поле боя, общие закономерности, этапы эвакуации раненого с поля боя.

Общие принципы действий медика в бою вполне могут быть сформулированы следующим образом.

1. Смысл оказания первой помощи пострадавшим заключается в:

- Спасении жизни.
- Предотвращения ухудшения состояния.
- Доставки пострадавшего в медицинское учреждение и оказания ему квалифицированной медицинской помощи.

2. Для эффективного оказания первой помощи медик должен:

- Сохранять спокойствие.
- Использовать здравый смысл.
- Демонстрировать пострадавшему уверенность в благополучном исходе.

3. Медик, помни, что ты всегда должен:

- Смотреть. Убедись, что ты в первую очередь оказываешь помощь наиболее тяжело пострадавшему.
- Думать. Что ты делаешь, и в какой последовательности.
- Действовать. Оказывай первую помощь быстро и без паники.

Общие закономерности тактической медицины на поле боя.

Общими закономерностями тактической медицины являются следующие.

1. Крайне важно правило «золотого часа».

Чем раньше с момента ранения начали оказывать помощь, тем лучше шансы на выживание и отсутствие осложнений у пострадавшего.

2. Самопомощь и взаимопомощь военнослужащих — важный фактор выполнения данного правила.

Даже при условии достаточной комплектации подразделения тактическими парамедиками и высоком уровне их подготовки. Вывод: парамедик подразделения должен применять все мыслимые меры к постоянному обучению своих сослуживцев, общему повышению уровня их знаний и умений в области полевой медицины.

3. Невзирая на существенный прогресс различных видов тяжёлого вооружения, прежде всего артиллерии и авиации, в решающей фазе боевых действий главной остаётся роль действий пехоты и танков.

При этом нередко участок где происходят определяющие исход операции события ограничивается несколькими гектарами (чаще всего это ключевой населённый пункт), а пехотные подразделения от бригады на направлении главного удара могут составлять от батальонной до ротной тактической группы, иногда — усиленного взвода. Именно они решают все или почти все.

Вывод: людей, способных наступать на направлении главного удара вплоть до стрелкового боя, относительно немного, и они представляют высокую ценность. Потому медицинская служба любого подразделения должна прилагать все усилия к тому,

чтобы организовать наиболее эффективную медицинскую помощь им.

4. Невзирая на пункт 3, роль артиллерии в современных условиях недооценивать невозможно.

В среднем соотношение осколочных ранений и пулевых достигает 10:1, и это не беря в расчет контузии и другие травмы. Которые в принципе невозможны при обстреле из стрелкового оружия, но под артогнем личный состав может получить запросто.

Вывод: тактический медик должен уметь грамотно работать с осколочными ранениями, контузиями и другими последствиями артиллерийского обстрела. В том числе и непосредственно под обстрелом. При этом применение простейших противоосколочных бронежилетов в разы снижает количество пострадавших.

5. По нашему опыту.

При качественно организованной медицинской службе порядка 100% раненых, получивших первую медицинскую помощь на поле боя, доживают до поступления в стационарное лечебное учреждение.

Вывод: главная задача тактического медика подразделения — незамедлительное оказание первой доврачебной помощи сразу после ранения, является неопределимо важной с точки зрения спасения личного состава.

Для оптимального оказания медицинской помощи раненому в условиях боя рекомендуется следовать определённому алгоритму.

1. Оценить ситуацию с точки зрения угрозы себе лично. При наличии ее, принять меры к устранению.
2. Оценить ситуацию с точки зрения угрозы раненому. При наличии ее — (раненый находится под обстрелом, на минном поле и т.д.) принять меры к ее устранению (прикрыть раненого дымами, подавить огневую точку, продвижение к нему с сапёром).
3. Оценить состояние раненого, прежде всего его жизнеспособность (жив или погиб). Прежде всего окликнуть, если не отзывается — толкнуть в плечо, несильно ударить по

лицу. Если без сознания — оцениваем по наличию пульса, дыхания, форме зрачков его жизнеспособность (мёртвый — тусклые, расширенные, при сдавливании глазного яблока сверху и снизу — зрачок принимает щелевидную форму). В случае, если раненый находится в сознании, но у него имеется гемморагический и болевой шок — наложить жгут на повреждённую конечность.

4. При нахождении под воздействием огня противника — эвакуировать раненого в ближайшее укрытие для дальнейшей медпомощи.

5. Внутримышечно вколоть ему обезболивающее в мышцы плеча или бедра, прямо сквозь одежду (если он в сознании).

6. После этого оценить состояние раненого. Устранить наиболее опасную для его жизни патологию: боль, удушье, кровотечение, ранения грудной клетки. Приоритеты в перечисленном порядке.

Действия медика:

— Обезболить.

— Дыхательные пути очистить. Обеспечить доступ свежего воздуха и поддерживать в этом состоянии.

— Кровотечение остановить.

— При проникающих ранениях грудной клетки перекрыть проникновение воздуха внутрь.

7. Обеспечить транспортировку раненого в расположение медицинского пункта подразделения. При невозможности — вызвать к нему медработника подразделения. Обеспечить тому условия для оказания медицинской помощи раненому.

8. При невозможности вызова штатного медика подразделения — принять меры к устранению второстепенных патологических состояний (остановить незначительное кровотечение, иммобилизовать переломы). И обеспечить транспортировку раненого в ближайшее стационарное лечебное учреждение.

Этапы эвакуации раненого с поля боя.

На поле боя для этого предпочтительнее использовать специализированный бронированный транспорт (МТЛБ). В случае малого количества раненых, их следует доставлять в ПМП (полевой медицинский пункт) именно на этой технике.

В случае наличия большого количества раненых и относительной нехватки бронетехники для их эвакуации, они порциями вывозятся в самый ближайший тыл. За укрытие расположенное в километре — двух от участка боя. Откуда далее массово вывозятся более вместительной техникой, типа «Урала» на ПМП.

С ПМП в стационарное лечебное учреждение раненых лучше доставлять специализированным санитарным транспортом — например, санитарными автомобилями «УАЗ». При этом можно и нужно использовать по согласованию с местными властями автомобили скорой медицинской помощи.

Чтобы минимизировать степень угрозы для них, необходимо заранее достичь чёткой договорённости о месте, в котором будут ожидать гражданские скорые (не ближе 5 километров к линии фронта). И там осуществлять перегрузку раненых со своих автомобилей — на их